

مقدمة

يهم الباحث أن يشير إلى أن تقديم هذا الإطار النظري يروم إلى إلقاء مزيد من الضوء على هذا النوع من العلاج النفسي الحديث، ومن هنا يشير الباحث - بعد المقدمة - إلى : ما هو العلاج السلوكي الجدلي؟ وافتراضات العلاج السلوكي الجدلي للتخلص من سلوك تدمير الذات، وما نوعية العلاج الذي يتلقاه المرضى في العلاج السلوكي الجدلي؟ والعلاج السلوكي الجدلي: الأهداف الأساسية ومراحل العملية العلاجية، والفارق بين العلاج السلوكي الجدلي والعلاج السلوكي المعرفي في نمطه التقليدي، والأسس الثلاثة للعلاج السلوكي الجدلي (الديالكتيكي)، وصعوبات تواجهه العلاج السلوكي الجدلي وسبل التغلب عليها، ودور المعالج في العلاج السلوكي الجدلي (الديالكتيكي)، وآفاق البحث في مجال العلاج السلوكي الجدلي.

وفيما يلي عرض لعناصر هذا الإطار النظري بشيء من التفصيل :

العلاج السلوكي الجدلي (الديالكتيكي) كعلاج لسلوك تدمير الذات (إطار نظري)

أ.د. عبد الرحمن سيد سليمان

أستاذ ورئيس قسم التربية الخاصة

كلية التربية - جامعة عين شمس

ما هو العلاج السلوكي الجدلي؟

العلاج السلوكي الجدلي هو علاج صمم خصيصاً للأفراد أصحاب سلوك إيذاء الذات self-harm behaviors .

مثل جرح الذات self - cutting

وهو شكل من أشكال التشويه الذاتي يتألف من قطع متكرر للرسفين، ومعظم هؤلاء لا يشعرون بالألم أو يشعرون بالألم قليل ويبدو أن منظر الدم وهو ينزل - الذى يفسره المؤلفون على أنه نشاط أيروطيقى - يسحرهم. ويلاحظ آخرون أن هذا القطع يحدث بتواتر أكبر لدى النساء ويرتبط بصدمة فيزيقية فى الطفولة وعدم انتظام فى دورة الحيض وصعوبة التوحد الجنسى والاكتئاب. ومثل التفكير فى الانتحار.

وهو التفكير فى الانتحار والانشغال به، وبتخيلاته وتصوراته. وكثيراً ما يكون هذا التفكير مرتبطاً بالاكتئاب، وخاصةً فى الانتحار البسيط والانتحار المدعى، كما يكون مرتبطاً بالاضطراب ثنائى القطب؛ وخاصةً فى المرحلة الاكتئابية. وكذلك باستجابات باثولوجية حزينة، وبالتقدم فى السن؛ وخاصةً حين يكون التقدم فى السن مصحوباً بالعزلة والنبذ. ويكون كذلك مرتبطاً بالمرض المزمن والكحولية؛ وخاصةً التى تتضمن كراهية الذات والاشمئزاز منها. وعلى الرغم من أن التفكير الانتحارى يكون دائماً مثار اهتمام كبير من الأخصائى الكلينيكى، إلا أن أقلية صغيرة من أصحاب هذا التفكير هى التى تنتحر فعلاً. ولقد بينت دراسات متنوعة وعديدة، أن نسبة الذين

ينتحرون إلى من يحاولون الانتحار هى حالة انتحار فعلى واحدة فى كل ثمان إلى تسع محاولات؛ وذلك فى إنجلترا والولايات المتحدة الأمريكية.

ومثل رغبات الانتحار ومحاولات الانتحار

suicide attempts

وهى محاولات لقتل الذات أو التخلص من الذات. وفى ميدان الطب النفسى تؤخذ التهديدات والإيماءات دائماً فى هذا المجال بجدية؛ لأنها قد تكون مقدمات للانتحار الفعلى. وكذلك فإن المحاولات غير المتحمسة للانتحار قد تكون صيحات يائسة لطلب المساعدة، وقد تنجح بالصدفة. ودوافع الانتحار، وظروفه، تتباين تبايناً واسعاً جداً. فقد تكون عرضاً من أعراض الاكتئاب العميق، الانسحاب الفصامى، أو تحول العدائية إلى الداخل نحو الذات، أو محاولة لجعل الآخرين يشعرون بالإثم، أو استجابة لإحساس شخصى بالذنب أو وسيلة للتخلص من ألم لا يحتمل، أو إخفاق، أو كمد، أو خوفاً من كبر السن، أو كمد انتقامى، أو تعبيراً عن المغامرة، أو تأكيداً للحرية الفكرية، والعقلية، والحالة الأخيرة من الاستثناءات.

وتنطبق على هؤلاء المرضى معايير اضطراب يسمى اضطراب الشخصية الحدية

borderline personality disorders

وهو اضطراب فى الشخصية يتميز بنمط طويل الأمد من عدم الثبات فى المزاج، وفى العلاقات البينية الشخصية، أو صورة الذات. وهذا الاضطراب يبلغ من الحدة درجة تكفى لإحداث

تعاسة شديدة، أو إعاقة لأداء الوظائف الاجتماعية والمهنية. ومن بين المظاهر التي تفصح عن هذا الاضطراب السلوك المدمر للذات في ميادين مثل لعب القمار، والجنس، والتبذير، والشره في الأكل، وتعاطي العقاقير، والعلاقات الوثيقة ولكن المتقلبة، ونوبات المزاج المتفجرة غير المسيطر عليها، والحيرة إزاء موضوعات مثل صورة الذات، والجنس، والأهداف، والولاء، وحالات المزاج المتحولة، والسلوك المحبط للذات مثل المشاجرات، والإشارات الدالة على الانتحار، أو تشوه الذات، والمشاعر المزمنة بالخواء والملل.

وفي أحيان كثيرة فإن هؤلاء الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية يعانون أيضًا من مشكلات أخرى مثل الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب واضطراب التوتر ما بعد الصدمة والقلق واضطرابات الطعام ومشكلات إدمان الكحوليات والعقاقير.

والعلاج السلوكي الجدلي هو تعديل للعلاج السلوكي المعرفي. فعند تطوير العلاج السلوكي الجدلي، بدأت الدكتورة مارشا لينهان Marsha Linehan (1993) بتجربة تطبيق العلاج السلوكي المعرفي المعيارى على الأشخاص المتورطين في سلوك إيذاء الذات، والذين قاموا بمحاولات للانتحار وكانوا يعانون من مشكلات انفعالية خارج نطاق السيطرة. وعندما لم تفلح فنيات العلاج السلوكي المعرفي كما كان مرجوًا منه، أضافت لينهان Linehan وفريق البحث معها أنواعًا أخرى من الفنيات حتى طوروا علاجًا أكثر فاعلية. لن

نتطرق بالتفصيل لهذه الفنيات في هذا الإطار النظري، ولكن من المهم ملاحظة أن العلاج السلوكي الجدلي هو "علاج مؤيد تجريبيًا" وهذا يعنى أنه قد تم بحثه في تجارب كينيكية، بالضبط مثلما يتعين بحث العلاجات الدوائية الجديدة لتحديد مدى فاعليتها مقارنة بالعلاج الإيحائي (باستخدام حبة السكر). وفي حين كانت بحوث ودراسات العلاج السلوكي الجدلي تجرى في البداية على السيدات اللاتي شخصن باضطراب الشخصية ثنائي القطب، إلا أن العلاج السلوكي الجدلي يستخدم الآن مع السيدات المفرطات في الطعام والمراهقين الاكتئابيين والانتحاريين وغيرهم من المرضى الذين يتكرر اكتئابهم مرات ومرات.

افتراضات العلاج السلوكي الجدلي للتخلص من سلوك تدمير الذات (١) :

هناك افتراض رئيسي في العلاج السلوكي الجدلي مؤداه أن سلوكيات تدمير الذات هي فنيات متعلمة للتعايش مع الانفعالات السلبية الشديدة غير المحتملة. فالانفعالات السلبية مثل الخزي والشعور بالذنب والحزن والخوف والغضب هي جزء طبيعي من الحياة. ولكن يبدو أن بعض

(١) تدميرية الذات Self-destructiveness

الميل إلى التعبير عن الغضب والكراهية والعدوانية نحو الذات. والفرد الذي لديه ميل إلى تدمير ذاته يعاني صراعًا حادًا، وإن كان على مستوى لا شعوري، وهو لا يستطيع أن يجاهر برفض ذاته، كما أنه لا يستطيع أن يتوحد معها، أو يتقبلها، وهو ما يجعله يقع ضريح الصراع لا يجد حلاً له إلا بتوجيه عدوانيته إلى ذاته ليدمرها.

الأشخاص يميلون بصورة خاصة إلى أن يحملوا انفعالات سلبية شديدة جداً ومتكررة. وفي بعض الأحيان، يكون المخ البشري ببساطة مهياً بشدة للمرور بخبرة الإنفعالات القوية مثلما يكون جهاز الاستريو غالى الثمن مهياً لإصدار أصوات شديدة التعقيد.

وربما تكون الصدمة الانفعالية أو الجسمانية الحادة هي التي تسبب تغيرات في المخ تجعله أكثر عرضة للتأثر بحالات الانفعال الشديدة. وبالإضافة إلى ذلك، ففي بعض الأحيان يعاني المرضى من اضطرابات مزاجية مثل الاكتئاب الحاد أو القلق المعمم والتي لا يمكن ضبطها بواسطة العلاجات الدوائية المعتادة مما يؤدي إلى المعاناة الانفعالية. ومن الممكن أن تؤدي هذه العوامل مفردة أو مجتمعة إلى مشكلة تسمى القابلية للتأثر الانفعالي فيميل الشخص القابل للتأثر الانفعالي إلى أن تكون لديه ردود فعل انفعالية سريعة وشديدة يصعب السيطرة عليها مما يجعل حياته مذبذبة غير مستقرة.

ونادراً ما تكون القابلية للتأثر الانفعالي هي السبب الوحيد للمشكلات النفسية. فقد تسهم البيئة غير الصالحة أيضاً في حدوث هذه المشكلات. والسؤال الذي يطرح نفسه يمكن صياغته على النحو التالي: ما هي البيئة غير الصالحة؟ عادة ما تكون "البيئة" في هذه الحالة هي الأشخاص الآخرين. وتشير صفة "غير الصالحة" إلى الفشل في التعامل مع الشخص

بطريقة تعبر عن الاهتمام والاحترام والفهم. وتتباين الأمثلة على البيئة غير الصالحة من عدم التوافق في سمات الشخصيات بين الأطفال وذويهم (مثال: الطفلة الخجولة التي تنشأ في أسرة انفتاحية تسخر من خجلها) إلى شدة الانتهاك البدني أو النفسي. ويعتقد في العلاج السلوكي الجدلي أن اضطراب الشخصية الحدية ينشأ من التفاعل بين القابلية للتأثر الانفعالي والبيئة غير الصالحة.

وبالعودة إلى مثال الطفلة الخجولة - لبيان تأثير التفاعل بين القابلية للتأثر الانفعالي والبيئة غير الصالحة - نقول: أنه إذا سخر أشقاء هذه الطفلة منها أو أجبرت على الدخول في مواقف اجتماعية ترغب في تجنبها، فإنها قد تتعلم إصدار نويات الذعر حتى تجعل الآخرين يدركون أنها مذمومة. فإذا أخذ الآخرون هذا الخجل مأخذ الجد في حالة حدوث نوية الذعر، فإنها تتعلم (دون أن تكون واعية بذلك) أن هذه النويات تؤتي ثمارها. وهنا لا يحدث التبرير. ففي هذه الحالة يمكن أن يشتمل التبرير على إخبار الشخص أن الخجل أمر طبيعي بالنسبة لبعض الأشخاص، مع توجيهه بأنه على الأشخاص الخجولين بذل قصارى جهدهم للتغلب على القلق الاجتماعي، أو مساعدتهم لتعلم مهارات التحكم في الخجل حتى لا يفسد عليهم - أي الخجل - حياتهم.

هذا مثال دال على المعنى الذي نقصده، ولكن بعض الأفراد ينشأون في مواقف يحدث لهم فيها

انتهاك أو إهمال. وقد يتعلمون طرقًا أكثر تطرفًا لإجبار الآخرين على أخذ انفعالاتهم مأخذ الجد. وبالإضافة إلى ذلك، فقد يتعلم هؤلاء الأشخاص التكيف مع الألم النفسى بواسطة التفكير فى الانتحار أو إيذاء أنفسهم أو الإضراب عن الطعام أو تعاطى العقاقير والكحوليات، وذلك نظرًا لوجودهم فى ظروف غاية فى الألم وقد يبدأ الشخص فى الدوران فى حلقة مفرغة: ففى المثال السابق تبدأ الطفلة بالحزن والذعر الحقيقى، ثم لا تجد شخصًا ينصت لها، ثم تخشى طلب المساعدة أو تدرك عدم توافرها من الأساس، ثم تحاول الانتحار. وعندما تتم معالجة الألم بجدية فى المستشفى فإن هذه الطفلة تتعلم (دون أن تكون واعية بذلك) أن محاولتها الانتحار قد أدت إلى تضرع الآخرين لمشاعرها وقد ينشأ سلوك إيذاء الذات المتكرر إذا اعتبره المريض الوسيلة الوحيدة للتحسن أو لفت انتباه الآخرين وتحقيق تفهمهم له. ما نوعية العلاج الذى يتلقاه المرضى فى العلاج السلوكى الجدلى (الدياليكتيكى)؟

يتلقى المرضى فى العلاج السلوكى الجدلى المعيارى ثلاثة أنماط رئيسية من العلاج وهى: النمط الأول العلاج الفردى، والنمط الثانى مجموعة المهارات، والنمط الثالث - التدريب عبر الهاتف (التدريب الهاتفى).

ففى العلاج الفردى، يتلقى المرضى جلسات فردية مرة واحدة أسبوعيًا يتراوح الزمن النموذجى لكل جلسة من ساعة إلى ساعة ونصف. وعلى

المرضى الحضور فى مجموعة المهارات أسبوعيًا، بحيث تستغرق كل مجموعة ساعتين على مدار عام واحد على الأقل. وعلى عكس العلاج النفسى الجماعى المعتاد، تنشأ مجموعات المهارات هذه كحلقات يتعلم خلالها المرضى أربع مجموعات من المهارات المهمة وهى: اليقظة الذهنية - Mindfulness والفاعلية بين الشخصية Interpersonal Effectiveness وتنظيم الانفعال Emotion Regulation وتحمل التوتر Distress Tolerance ثم يطلب من المرضى الإتصال هاتفيًا بمعالجيهم الفرديين للتدرب على المهارات قبل إيذاء أنفسهم. ويطرح عليهم المعالج البدائل لسلوك إيذاء الذات أو بدائل السلوك الانتحارى (التفكير فى الانتحار ومحاولات الانتحار).

ويجب ملاحظة أمرين هما الأول أنه فى العلاج السلوكى الجدلى المعيارى يكون المعالج الفردى هو "المسئول" عن العلاج. وهذا يعنى أن وظيفة المعالج الفردى هى تنسيق العلاج مع الأشخاص الآخرين مثل قادة مجموعات المهارات والأطباء النفسيين والمرشدين المهنيين. وبالتعاون مع المريض يستطيع المعالج متابعة سير العلاج، وكيف تسير الأمور مع كل شخص مشارك، ومدى مساعدة العلاج للمريض على بلوغ أهدافه.

الثانى فى بعض المواقف، قد يستمر المريض فى تناول علاجات دوائية للمشكلات المتمثلة فى اضطراب الاكتئاب ثنائى القطب والنوبات الذهانية الوقائية (قصيرة الأمد).

العلاج السلوكي الجدلي: الأهداف الأساسية ومراحل العملية العلاجية:

يمكن القول أن أهم الأهداف بصفة عامة في العلاج السلوكي الجدلي هي مساعدة المرضى على خلق "حياة جديرة بأن تعاش -Lives worth Living"، وتتباين الأشياء التي تجعل الحياة جديرة بأن تعاش من مريض لآخر. فبالنسبة لبعض المرضى، تتمثل هذه الحياة في الزواج وإنجاب الأطفال. وبالنسبة لغيرهم تتمثل في إنهاء الدراسة وإيجاد شريك الحياة. وبالنسبة لآخرين تتمثل في الالتحاق بجماعة دينية أو روحانية وشراء منزل مجاور لدار العبادة. وفي حين تتباين الأهداف يشترك جميع المرضى في مهمة واحدة وهي السيطرة على السلوكيات المشكلة وبالأخص تلك السلوكيات التي قد تؤدي بهم إلى الوفاة. ولهذا السبب ينظم العلاج السلوكي الجدلي أربع مراحل للعلاج موجهة نحو سلوكيات مستهدفة محددة. ويشير كل سلوك مستهدف إلى المشكلات التي تتم مخاطبتها في وقت معين من العلاج. وفيما يلي عرض المراحل الأربع مع السلوكيات المستهدفة في كل مرحلة من العلاج السلوكي الجدلي:

المرحلة الأولى: الانتقال من حالة عدم السيطرة على السلوك إلى جعل السلوك تحت السيطرة وهذه المرحلة الأولى تسعى سعيًا حثيثًا إلى تحقيق الأهداف الأربعة التالية:

Stage I - Moving from being out of control of one's behavior to being in control.

الهدف الأول: خفض السلوكيات المهددة للحياة ثم محوها (مثل: محاولات الانتحار، والتفكير الانتحاري، وإيذاء الذات المتعمد).

الهدف الثاني: خفض السلوكيات التي تؤثر سلبياً على سير العلاج ثم محوها (مثال: السلوكيات التي تؤدي إلى "الاحتراق النفسي" للأشخاص الذين يحاولون تقديم المساعدة، وعدم الالتزام بإتمام تكاليفات الواجب المنزلي بصورة منتظمة، وعدم المواظبة على حضور الجلسات، وعدم التعاون مع المعالجين، إلخ). ويتضمن هذا الهدف أيضاً خفض استخدام طريقة الاحتجاز بالمستشفى كحل للأزمات.

الهدف الثالث: خفض السلوكيات التي تدمر جودة الحياة ثم محوها (مثال: الاكتئاب، والفوبيات، واضطراب الطعام، وعدم الانتظام في العمل أو المدرسة، وإهمال المشكلات الطبية، وضعف الحالة المادية (نقص المال)، والإقامة بسكن دون المستوى، والافتقار إلى الأصدقاء، إلخ)، مع زيادة السلوكيات التي تجعل (الحياة تستحق أن تعاش) مثال: الذهاب إلى المدرسة أو الالتحاق بوظيفة مشبعة، وتكوين الأصدقاء، وتوفير المال الكافي للمعيشة، وإيجاد سكن مناسب، وعدم الشعور بالاكتئاب أو الوقوع في براثن القلق المستمر، إلخ.

الهدف الرابع: تعلم المهارات التي تساعد الأشخاص على أداء ما يلي:

١- التحكم في انتباههم بحيث يتوقفون عن القلق من المستقبل أو الوسوسة من الماضي، مع زيادة

المرحلة الثالثة: بناء الحياة المعتادة وحل مشكلات الحياة اليومية

Stage III - Building an ordinary life, solving ordinary life problems.

تستهدف المرحلة الثالثة معالجة المرضى للمشكلات المعتادة مثل الصراع الوالدي أو الصراع الزوجي وعدم الرضا الوظيفي وعدم تحقيق أهداف المهنة وغيرها. فيختار البعض الاستمرار مع نفس المعالج لتحقيق هذه الأهداف، وحل هذه المشكلات ويستغنى البعض الآخر لفترة طويلة عن العلاج ويعمل بنفسه على تحقيق هذه الأهداف دون الاستعانة بالمعالج، ويقرر البعض استبدال المعالج بآخر بحيث يتبع نمطاً مختلفاً من العلاج.

المرحلة الرابعة: الانتقال من حالة عدم الاكتمال إلى الاكتمال/ الاتصال

Stage IV - Moving from incompleteness to completeness /connection

يتصارع الكثيرون مع المشكلات "الوجودية" ورغم إكمال العلاج بنهاية المرحلة الثالثة. وحتى ورغم حصولهم على الحياة التي يرغبونها، فإنهم قد يشعرون بفراغ أو نقص ما. يشير بعض الأشخاص إلى هذه الحالة بالجفاء الروحاني أو الشعور بالفراغ الداخلي^(١). وبرغم الافتقار إلى

(١) يطلق على الشعور بالفراغ الداخلي مصطلح "خواء وجودي" Existential vacuum وهو لفظ قدمه "فيكتور فرانكل" Frankl, V. ليعني صجز عن إدراك معنى في الحياة، ويتم التعبير عن هذا المعجز من خلال مشاعر الخواء، والاعترا ب، وعدم الجدوى، واللاهوائية. ويذهب "فرانكل" إلى أن انعدام المعنى هو العرض الجوهرى للعصر الحديث، وهو يتفق في هذا مع الوجوديين الآخرين.

الوعي باللحظة الحالية، بحيث يتعلمون المزيد والمزيد عما يجعل مشاعرهم تتسم بالإيجابية، وما يجعل مشاعرهم تتسم بالسلبية.

٢- بدء علاقات جديدة مع تحسين العلاقات القائمة وإنهاء العلاقات السيئة إذا استلزم الأمر.

٣- فهم ماهية الانفعالات ووظائفها وكيفية المرور بها دون الاستغراق فيها.

٤- تحمل الألم النفسى دون اللجوء إلى سلوكيات إيذاء أو تدمير الذات.

المرحلة الثانية: الانتقال من حالة كتمان المشاعر إلى المرور بخبرة التعبير التام عن الانفعالات.

Stage II - Moving from being emotionally shut down to experiencing emotions fully.

إن الهدف الرئيسى فى هذه المرحلة هو مساعدة المرضى على المرور بالانفعالات دون أن يتعين عليهم كتمانها بالتبرؤ منها أو تجنب الحياة أو تطوير أعراض اضطراب توتر ما بعد الصدمة. ففى العلاج السلوكى الجدلى، يقول المعالجون أن المرضى الذين يدخلون فى هذه المرحلة هم الآن فى حالة سيطرة على سلوكهم ولكنهم لا يزالون فى حالة "بؤس صامت" "quite desperation" وأن الهدف من العلاج ليس هو تدريب الشخص على المعاناة فى صمت. ففى هذه المرحلة، يعمل المعالج مع المريض لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة مع تدريب المريض على المرور بانفعالاته دون كتمانها، بحيث يجعلها تلعب دور القائد الذى يوجه مسيرته.

بحوث ودراسات فى هذه المرحلة، فقد أضافتها مارشا لينهان Marsha linehan بعد إدراك أن العديد من المرضى يستمرون فى البحث عن مدلول باستخدام الطرق الروحانية ودور العبادة. وقد يقوم المرضى أيضاً بتغيير مساراتهم الوظيفية أو علاقاتهم.

تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من تقديم هذه المراحل من العلاج وأولويات أهدافها طبقاً لترتيبها من حيث الأهمية إلا أنها مراحل متصلة. فإذا أقدم الشخص على الانتحار فإنه لن يحصل على المساعدة التى يحتاجها لتغيير جودة حياته. فيركز العلاج السلوكى الجدلى على السلوك المهدد للحياه أولاً. ولكن إذا ظل المريض على قيد الحياة دون طلب العلاج أو القيام بالمهام المطلوبة للعلاج فإنه لن يحصل على المساعدة التى يحتاجها لحل المشكلات غير القاتلة مثل الاكتئاب والإدمان. ولهذا السبب تأتى السلوكيات المؤثرة سلبياً على سير العلاج فى الأولوية الثانية بين أهداف المرحلة الأولى. ولكن الذهاب للعلاج ليس كافياً بالتأكيد، فيبقى المريض على قيد الحياة ويسعى إلى العلاج لحل المشكلات الأخرى التى تجعله بائساً. وللحصول على حياة تستحق الحياة فعلاً، يجب أن يتعلم المريض مهارات جديدة ويتعلم المرور بالانفعالات وإتمام أهداف الحياة اليومية المعتادة. ولا يكتمل العلاج حتى يتحقق كل ذلك.

كما تذكر كل من "ليندا ديميف ومارشا لينهان" (2001, PP 10-13, Dimeff, & Linehan, M.) أن العلاج السلوكى الجدلى يقوم على الجمع أو الدمج

بين القصور فى القدرة والنموذج الدافعى لدى الأفراد ذوى اضطرابات الشخصية الحدية، فى ضوء النظرة التى مؤداها ما يلى:

١- يفتقر الأشخاص ذوو اضطراب الشخصية الحدية إلى المهارات المهمة مثل مهارات التفاعل الشخصى (المهارات بين الشخصية) ومهارات تنظيم الذات^(١). ويشمل التنظيم الانفعالى) ومهارات تحمل التوتر.

٢- كثيراً ما يكون للعوامل الشخصية والبيئية تأثيراً يتمثل فى عرقلة أو منع استخدام المهارات السلوكية التى يمتلكها المريض بالفعل، فضلاً عن قيام هذه العوامل بتعزيز السلوكيات المعتلة وظيفياً (السلوكيات عديمة التوظيف) فيمزج العلاج السلوكى الجدلى بين الاستراتيجيات الأساسية للعلاج السلوكى والممارسات الواعية بالقيم الشرقية. بحيث يحيطها بنظرة جدلية للحياة تركز على الجمع بين الأشياء ونقيضها أو ما يطلق عليه (الجمع بين الأضداد) ويقصد بمصطلح "جدلى" أيضاً

(١) تنظيم الذات Self-Regulation

يقصد بتنظيم الذات التحكم فى سلوك الفرد الشخصى خلال العمليات الثلاث التالية:
الأولى: مراقبة ذاتية للحالات التى تثير السلوك المرغوب فيه، والسلوك غير المرغوب فيه.
الثانية: بناء البيئة الشخصية التى تساعد على صدور السلوك المرغوب فيه، وتتضمن أيضاً بناء البيئة وتوفير المناخ الذى يحبط السلوك غير المرغوب فيه.
الثالثة: تقييم الذات وتعزيز الذات بما فيه من تطبيق العقوبات والمكافآت، ويؤكد دائماً على العمليات المنظمة للذات فى علاج السلوك (جابر وكفاوى، ١٩٩٥، ج ٧: ٣٤٥٣).

التعبير عن كل من عوامل التوتر المتعددة التي تحدث متزامنة أثناء علاج المرضى الانتحاريين ذوى اضطراب الشخصية الحدية وأيضاً تركيز العلاج السلوكى الجدلى على تعزيز أنماط التفكير الجدلى كى تحل محل الجمود والتفكير الثنائى أو الانقسامى^(١).

ويتمحور الجدل الجوهرى فى العلاج السلوكى الجدلى بين التبرير والتقبل للمرضى كما يكونوا فى سياق من المساعدة التلقائية لهم كى يحدثوا بأنفسهم التغيير المطلوب وتشمل إجراءات التقبل فى العلاج السلوكى الجدلى عنصر الانتباه الواعى أو المتيقظ (وهو الانتباه للحظة الحالية مع افتراض موقف حيادى دون إصدار أحكام والتركيز

(١) الجمود والتفكير الثنائى أو الانقسامى

Rigid Dichotomous thinking

يعنى مصطلح الجمود أو التصلب Rigidity فى الطب النفسى سمة الشخصية التى تتميز بعدم القدرة أو المقاومة الشديدة لأن يغير الفرد سلوكه، أو أن يغير آراءه واتجاهاته ويعامل التصلب كعامل من عوامل الشخصية، ويتمثل فى متصل يكون التصلب أحد طرفيه، والمرونة فى الطرف الآخر، ويشغل كل فرد نقطة على هذا المتصل والمضمون السلوكى للتصلب يشير إلى قلة حميلة أو نقص رصيد الفرد فى اساليب السلوك التى يستطيع بها أن يواجه المواقف المختلفة، وعدم قدرته على التعامل مع عناصر البيئة كلها عند التعامل مع المواقف بالقياس إلى الآخرين، والمعجز عن التدرج، أو تأجيل الرغبات، أو تحمل التوترات الناجمة عن القموض فى المواقف، وتحجر بعض العادات غير المناسبة، وعدم القدرة على تعديلها أو التخلص منها.

وأما الثنائية أو الانقسامية فى التفكير Dichotomous thinking فهى الميل إلى التفكير من زاوية الأقطاب المتقابلة، والذي يوجد بصفة خاصة وعلى نحو شائع بين الأفراد المكتئبين.

على الفاعلية) بجانب العديد من الاستراتيجيات الأساليبية القائمة على التبرير والتقبل. أما استراتيجيات التغيير فى العلاج السلوكى الجدلى فتشمل التحليل السلوكى للسلوكيات سيئة التوافق (السلوكيات اللاتكيفية) وفتيات حل المشكلات مثل التدريب على المهارات وإدارة التعاقد (أى التعزيز والعقاب) والتعديل المعرفى والإستراتيجيات القائمة على التعريض.

والخلاصة أن العلاج السلوكى الجدلى مصمم لعلاج المرضى على جميع مستويات حدة وتعقيدات الاضطرابات، وينظر إليه باعتباره يحدث على مراحل:

فى المرحلة الأولى يكون التركيز على استقرار المريض بصفة أساسية وتحقيق الضبط السلوكى، وتشمل السلوكيات المستهدفة فى هذه المرحلة الأولية من العلاج : خفض السلوكيات الانتحارية والسلوكيات المهددة للحياة. (مثال: الأفعال شبه الانتحارية وتشمل محاولات الانتحار، والمخاطرة ذات الخطورة البالغة والتفكير والتخطيط الانتحارى والتهديد بالانتحار) وخفض السلوكيات المعرقة للعلاج. (مثال: الغياب أو التأخر عن الجلسة والاتصال الهاتفى فى أوقات غير ملائمة وعدم معاودة الاتصال) وخفض السلوكيات المعرقة لجودة الحياة. (مثال: خفض الأنماط السلوكية الخطرة بدرجة تجعلها تعرقل بشدة أى فرصة لتحقيق جودة معقولة للحياة).

(مثال: الاكتئاب والإدمان والتشرد والبطالة المزمنة، مع زيادة المهارات السلوكية). (مثال: مهارات تنظيم الانفعال والفاعلية بين الشخصية وتحمل التوتر الانتباه أو التيقظ وإدارة الذات^(١))

وفي المراحل التالية تكون أهداف العلاج هي استبدال "البؤس الصامت" بالخبرة الانفعالية السوية (غير الصادمة) وذلك في المرحلتين الثانية والثالثة، ثم تحقيق السعادة وعدم السعادة "المعتادة" وخفض الاضطرابات والمشكلات المستمرة في الحياة المعيشية، وذلك في المرحلة الثالثة. ثم حل الإحساس بعدم الاكتمال وتحقيق شئ من المرح والاستمتاع (وذلك في المرحلة الرابعة).

وباختصار يمكن القول أن اتجاه العلاج في البداية يسير نحو جعل التصرف تحت السيطرة والضبط، ثم مساعدة المريض على الشعور بالتحسن، ثم حل المشكلات، ثم إيجاد المرح وبالنسبة للبعض إيجاد شعور بالاجتياز.

ولقد ركزت الأغلبية العظمى من البيانات والمعلومات المتاحة عن العلاج السلوكي الجدلي حتى الآن على المريض المضطرب بحدّة ومتعدد الاضطرابات الذي يدخل في المرحلة الأولى من العلاج ثم يتابع ما بعدها من مراحل علاجية.

(١) يقصد بإدارة الذات هنا إخضاع المريض لبرنامج علاجي سلوكي يتدرب فيه على أن يطبق بنفسه الفنيات التي تساعد على أن يعدل سلوكه الشخصي مثل التدخين والأكل الزائد أو التفجرات العدوانية، فيتعلم الفرد أن يحدد المشكلة، وأن يضع أهدافاً واقعية، وأن يستخدم الاحتمالات العديدة ليصدر السلوك المرغوب فيه ويحافظ عليه، وأن يراقب تقدمه الشخصي.

الفارق بين العلاج السلوكي الجدلي والعلاج السلوكي المعرفي في نمطه التقليدي :

والسؤال الآن: كيف يختلف العلاج السلوكي الجدلي عن العلاج السلوكي المعرفي المعتاد؟

الإجابة هي أن العلاج السلوكي الجدلي هو تعديل للعلاج السلوكي المعرفي المعياري. فكما أوضحنا باختصار فيما سبق، استخدمت مارشا لينهان marsha linehan وزملاؤها فنيات العلاج السلوكي المعرفي المعياري لمخاطبة مشكلات المرضى، وتشمل هذه الفنيات تدريب المهارات، وتكليفات الواجب المنزلي، ومقاييس تقييم الأعراض، والتحليل السلوكي. وفي حين تفلح هذه الفنيات مع بعض الأشخاص، فإنها تحبط آخرين بسبب التركيز المستمر على التغيير وحده. فلقد كان المرضى يشعرون بعدم تقدير درجة معاناتهم التقدير الكافي، مع التركيز الزائد من قبل المعالجين على مدى إفادتهم لمرضاهم. وكانت النتيجة هي تسرب المرضى من العلاج أو إحباطهم الشديد أو فقدانهم للعزيمة أو كل ذلك.

وبعد تسجيل جميع الجلسات مع المرضى بالصوت والصورة، بدأ فريق البحث بقيادة لينهان linehan في تطبيق استراتيجيات جديدة ساعدت المرضى على تحمل آلامهم، وكانت ذات جدوى في جعل الحياة جديرة بأن تعاش. ولقد مكث المرضى في العلاج ولم يتسربوا وتحسن شعورهم عن علاقاتهم بمعالجيهم وتحسنت حالتهم بشكل أسرع.

كما تجدر الإشارة إلى أن التوازن بين استراتيجيات التقبل والتغيير في العلاج كان يشكل محور "الجدل" الجوهري الذي نتج عنه مسمى العلاج. ذلك أن كلمة "جدلى" (١) تعنى "موازنة وتكامل الحقائق أو الأفكار المتناقضة مع نظرة لحل التناقضات الظاهرة". وفي العلاج السلوكي الجدلي، يبذل المعالجون والمرضى قصارى جهدهم لتحقيق التوازن بين التغيير والتقبل، وهما فيما يبدو قوتان أو استراتيجيتان متناقضتان.

وبالمثل، ففي الحياة خارج العلاج، يكافح الأشخاص من أجل الحصول على أفعال ومشاعر وأفكار متوازنة. فنحن نعمل من أجل تكامل كل من المشاعر العاطفية والأفكار المنطقية.

ونحن نركز جهودنا على تلبية حاجاتنا ورغباتنا في حين نلبي حاجات ورغبات الآخرين ذوى الأهمية في حياتنا. ونحن نكافح من أجل الحصول على المزج أو الدمج الصحيح بين العمل والراحة.

وفي العلاج السلوكي الجدلي كذلك، هناك استراتيجيات علاج جدلية بصورة خاصة: وهذه الاستراتيجيات تساعد كلاً من المعالج والمريض على الانسلاخ من الأدوار المتطرفة أى من التركيز

(١) جدلى (ديالكتيك) Dialectic

التفكير الجدلي عملية منطقية تتضمن سلسلة من الاستنتاجات التي تؤدي إلى نتيجة أو إلى خلاصة. وقد اتخذ التفكير الجدلي صوراً مختلفة عند الفلاسفة؛ فهو عند سقراط مناقشة تقوم على حوار، وسؤال وجواب؛ وعند افلاطون منهج في التحليل المنطقي يقوم على تصنيف الأشياء إلى اجناس وأنواع. وعند أرسطو وفلاسفة المسلمين والمناطق قياس يعتمد على المشهورات والمسلمات؛ بينما هو عند "هيجل" انتقال من قضية إلى نقيضها، ثم إلى مركب منهما.

بشدة على التغيير أو التركيز بشدة على التقبل. وهذه الاستراتيجيات هي التي تعطى للعلاج التوازن بحيث يتأرجح بين التقبل والتغيير بطريقة تساعد المريض على بلوغ أهدافه وغاياته بأسرع ما يمكن.

ويتعين على الباحث الآن بعد أن أوضح الفروق الفارقة بين العلاج السلوكي الجدلي والديالكتيك والعلاج السلوكي المعرفي بشكله الكلاسيكي أن يشير - بشيء من التفصيل - إلى الأسس الرئيسية الثلاثة التي يركز عليها العلاج السلوكي الجدلي؛ ألا وهي العلاج المعرفي السلوكي؛ والتقبل والديالكتيك (الجدل).

الأسس الثلاثة للعلاج السلوكي الجدلي (الديالكتيك):

ذكرنا - آنفاً - أن العلاج السلوكي الجدلي يركز على ثلاثة أسس هي العلاج المعرفي السلوكي، التبرير والتقبل، والجدل (الديالكتيك) وفيما يلي عرض لهذه الأسس الثلاثة بشيء من التفصيل، وذلك على النحو التالي:

الأساس الأول - العلاج المعرفي السلوكي

cognitive behavior therapy

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً، يقوم على أساس الدمج بين العلاج المعرفي بفضائله المتعددة، والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد. إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً، بحيث

يستخدم العديد من الفنيات؛ سواء من المنظور المعرفي أو المنظور الانفعالي، أو المنظور السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض، تتحدد في ضوء هذه العلاقة المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلفة وظيفياً، تعد هي المسؤولية في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض، وما يترتب عليها من ضيق وكرب. وبنفس المنطق يتحمل المريض مسؤولية شخصية في إحداث التغيير العلاجي، من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، والاعتقادات اللاعقلانية، وتعديلها واستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية (عادل عبد الله، 2000: 17).

ويؤكد بعض الباحثين أن العلاج المعرفي السلوكي بدأ كرد فعل على الانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية، فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل، والاهتمام فقط بتغيير السلوك. كما انتقدها البعض من زاوية أن التخلص التدريجي والمنظم من الحساسية systematic desensitization ليس أسلوباً سلوكياً بحثاً، ولكنه يتطلب الاستبطان، أي فحص المسترشد لأفكاره، ودوافعه، ومشاعره، وتحكمه في أفكاره، وصوره العقلية، وخاصة أن رأى "سكينر" في هذا الصدد غير صامد تماماً للنقد، وهو ما يعد - أي العلاج المعرفي السلوكي - اتجاهًا توفيقياً بين السلوكية ومعارضيتها (محروس الشناوي، 1994: 211).

من ناحية أخرى، يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي منذ بداياته في عقد الستينيات من القرن العشرين وحتى عقد الثمانينيات قد شهد العديد من التطورات، فمع تقديم "آرون بيك" لنموذجه المعرفي في العلاج خلال الستينيات - كما سبقت الإشارة - كان العلاج السلوكي هو الأسلوب العلاجي المفضل للعديد من الاضطرابات النفسية؛ إلى أن أوضح "ألبرت باندورا" أنه من خلال التعلم بالملاحظة، فإن الجانب المعرفي يلعب دوراً مهماً في عملية التعلم. وقدم كل من كانفير وكارولي "kanfer & karoly" نموذجاً علاجياً لضبط الذات أو ضبط النفس يقوم على مراقبة الذات self monitoring، والتقييم الذاتي، والتعزيز الذاتي، كما قدم "ميكينباوم" مفهوم ما وراء المعرفة Meta-cognition أي "المعرفة عن المعرفة كيف تعرف" knowing about knowing how to know أو المعرفة الذاتية للعمليات المعرفية self-cognition about cognitive process؛ وظهرت أساليب عديدة لحل المشكلات، ومن ثم ازدهر العلاج المعرفي السلوكي، واتسع نطاق تطبيقاته الكلينيكية خلال عقد الثمانينيات.

ويهم الباحث الآن عرض نموذجين من النماذج الحديثة نسبياً لتعريف العلاج السلوكي المعرفي: الأول - العلاج المعرفي السلوكي طريقة لتغيير نماذج التخیلات والأفكار العقلية، لمساعدة الفرد على التغلب على مشكلاته الانفعالية والسلوكية، ويقوم على نظرية مؤداها أن السلوكيات والانفعالات تتسبب جزئياً عن العمليات المعرفية

التي يمكن اخضاعها للتغيير، فالعلاجات النفسية التقليدية دائماً تعترف بأن المعارف تلعب دوراً مهماً في السلوك، وفي الانفعالات، ومع ذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي يتميز عن علاجات الاستبصار السابقة، بأنه يتعامل فقط مع معارف "هنا والآن" Here and Now ، وهو أيضاً يتعامل مع هذه المعارف بطريقة منهجية أكثر من العلاجات الأخرى؛ ليكشف عن معارف المريض، التي قد تكون سبب اضطرابه، ثم تستخدم الفنيات المنوعة كتصحيح المعارف غير المرغوبة، واقتراح معارف جديدة، وطرق تفكير جديدة حول المشكلة، لتعزيز وتدعيم هذه المعارف الجديدة. (صلاح عراقى، 21:1991).

الثاني - العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية، وأن هذا الأسلوب العلاجي يختلف عن علاج الاستبصار التقليدي في أن معارف "هنا والآن" النوعية تكون هي الهدف في التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضي كسبب للصعوبات الحالية. وتشتمل المعارف على الاعتقادات ونظم الاعتقادات، والتفكير والتخيلات. وتشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن كل من البيئة والذات، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشكلات، أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها (عادل عبد الله، 23:2000).

وعن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي يرى "كروين" Crwen, 2000, P.8 أن المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار، والانفعالات، والسلوكيات، يعتبر كل منها جانباً من نظام موحد؛ بحيث أن التغيير الحادث في أى جانب منها يكون مصحوباً بتغييرات في الجوانب الأخرى.

وأن مبادئ العلاج المعرفي السلوكي تشتمل على نقاط فرعية هي :

(أ) أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى حلول.

(ب) أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.

(ج) أن المعرفة، والوجدان، والسلوك تريطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.

(د) أن الاتجاهات والتوقعات، والعزو، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك، وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.

(هـ) أن العمليات المعرفية تتدمج معاً في نماذج سلوكية.

كما سبق أن أوضح "بريسيل" (١٩٧٩) أن هناك عدداً من المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في:

(أ) أنه يركز على التغيير الذي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي إلى نجاح العملية العلاجية.

(ب) التركيز على فهم الفرد للجانب المراد تعديله.

(ج) التأكيد على العلاج الذاتى الذى يعتمد على قدرة الفرد على رؤية وتنظيم وتعزيز السلوك المكتسب.

(د) التركيز على التفاعل مع بيئة الفرد (طارق النجار، 2005: 161).

ولا يعتقد المعالجون المعرفيون السلوكيون ولا المعالجون السلوكيون الجدليون أنه يمكن مساعدة المريض من خلال المناقشات الاستبصارية insightful discussion برغم أن الاستبصار قد يكون مفيداً فى بعض الأحيان. ويعد تعلم سلوكيات جديدة مسألة حرجية فى العلاج السلوكى الجدلى، وهو محور كل جلسة علاج فردية أو مجموعة مهارات أو اتصال هاتفى (للتدريب). ويشير "السلوك" إلى أى شئ يفكر فيه الفرد أو يشعر به أو يقوم بأدائه. ويستخدم العلاج المعرفى السلوكى نطاقاً واسعاً من الفنيات - كما سبقت الإشارة - لمساعدة الأشخاص على تغيير السلوكيات التى تعوق الحياة الجديدة بأن تعاش. وكما هو معروف فى العلاج المعرفى السلوكى، يطلب من المرضى فى العلاج السلوكى الجدلى كذلك إحداث التغيير فيقوم المرضى بتتبع وتسجيل سلوكياتهم المشكلة باستخدام بطاقة أو مفكرة أسبوعية. ويحضرون أيضاً فى مجموعات المهارات ويكملون تكليفات الواجبات المنزلية ويلعبون أدواراً لتمثيل طرق جديدة فى التفاعل مع الآخرين، وذلك فى أثناء الجلسة مع معالجهم. وبالإضافة إلى ذلك، يعمل المرضى مع معالجهم

لتحديد طرق إثابتهم على السلوكيات التكيفية أو عقابهم على السلوكيات اللاتكيفية. وهم يعرضون أنفسهم للمشاعر أو الأفكار أو المواقف التى يهابونها ويجتنبونها، مع تغيير طرق التفكير المدمرة للذات. وما وصفناه توأ هى استراتيجيات التغيير الأربع الرئيسية والتى نصوغها فى المصطلحات المتخصصة التالية : تدريب المهارات، وعلاج التعريض، والعلاج المعرفى، وإدارة التعاقد.

وفى هذا السياق تجدر الإشارة إلى أن هناك سفر قيم عن إحدى الفنيات الأساسية فى العلاج السلوكى الجدلى الدياليكتيكي وهى فنية إدارة التعاقد ألفته كارين بريور Karen pryor بعنوان "لا تطلق الرصاص على الكلب" الصادر عن دار نشر كتب بنتام (bantam books). كانت Karen pryor مدربة للدولفن ومفتحة أول حديقة محيط بهاواى. والمبادئ التى تستخدمها عالمة فى سلوك الحيوانات مثل "بريور" لتدريب الحيوانات هى نفس المبادئ التى يمكننا استخدامها لتغيير أنفسنا وتحسين علاقاتنا الاجتماعية. وكتاب "كارين بريور" ممتع ومتحضر وسهل الفهم. وعلى النقيض من الاعتقاد الشائع، فإن العلاج السلوكى الجدلى ليس جامداً أو تقنياً ولكنه فى أفضل حالاته يهتم بتعلم التغيير فى أثناء معاملة أنفسنا وبعضنا البعض باحترام وعطف. فإذا قرأت هذا الكتاب (ويمكنك قراءته فى المساء) سوف تعرف الكثير عن طريقة عمل إحدى الاستراتيجيات الأساسية للعلاج المعرفى السلوكى. ويمكنك أيضاً أن تقتبس العديد من الفنيات وتطبقها فى حياتك بالمنزل أو المدرسة.

الأساس الثاني - التبرير (التقبل)

كما لاحظنا في الفقرات السابقة، لم تكن فنيات العلاج المعرفى السلوكى كافية لمساعدة المرضى الذين يفكرون فى الانتحار بل ويقدمون عليه، وأصحاب سلوك إيذاء الذات المزمّن فى سياق اضطراب الشخصية الحدية. ليس ذلك بسبب عدم فاعلية الفنيات ولكن بسبب تطبيق التدخلات بطريقة منفصلة مما أدى إلى قدر كبير من التوتر لدى المرضى. فقد وجد المرضى أن إجبارهم على التغيير غير صالح، وكان المعالجون يطلبون من شخص لديه حروق حادة ببطن القدم أن يستمر فى السير حتى تقوى قدماء مع محاولة عدم التفكير فى الألم، فبرغم أن كل خطوة كانت شديدة الإيلام بالنسبة لهذا المريض فإنه قد ظل مكتئباً دون أن يتمكن من صرف ذهنه عن الألم الحاد.

لقد اكتشفت "لينهان" linehan وفريق البحث الخاص بها أنه عندما ينسج المعالج تأكيداً على التبرير والتقبل بجانب تأكيد مماثل على التغيير، يصبح المرضى أكثر ميلاً للتعاون وأقل ميلاً للغضب والانسحاب. وهنا ماذا تعنى قدرة المعالج على التبرير؟ إنها تعنى عدة أشياء. وأحد الأشياء التى تعنيها بالضرورة هى الموافقة.

على سبيل المثال، قد يتفهم المعالج أن إحدى المريضات تفرط فى تناول الكحوليات للتغلب على القلق الاجتماعى الشديد، ومن ثم يدرك المعالج أن المريضة عندما تكون ثمة فإنها تتخذ قرارات

اندفاعية قد تؤدى إلى الإضرار بالذات^(١) وفى هذه الحالة يمكن أن يتقبل المعالج ما يلى:

١- أن سلوك المريضة مفهوم باعتباره الطريقة الوحيدة للتغلب على القلق.

٢- أن والدى المريضة يشربان حتى الثمالة فى الحفلات.

٣- أنه فى بعض الأحيان عندما تكون المريضة ثمة فإن سلوكها يكون اندفاعياً وقد يكون سلوكاً مضحكاً.

فى هذه الحالة، يتقبل المعالج أن تناول العقاقير له مدلول ومغزى فى إعطاء نبذة عن

(١) سلوك الإضرار بالذات self-injurious behavior

عبارة عن سلوكيات موجهة ضد الذات متكررة ومزمنة يمكن أن تسبب أذى جسيماً وتدميراً للأنسجة للشخص الذى يمارسها. وهذه السلوكيات التى تعبر عن أداء الفرد السيء لوظائفه وخالية من النتائج المرغوبة يمكن أن تتضمن لطم الوجه، وقرع الرأس، العض، القرص، الخريشة، إبتزاز الذات، الاجترار، وأكل الأشياء غير الغذائية وتناول البراز. وهذه السلوكيات نمطية؛ مصدرها الاستثارة الذاتية؛ وتشيع لدى الأفراد ذوى التخلف العقلى الحاد. وهى تحدث فى الغالب فى متلازمات معينة (مثل زملة ليش نيهان)؛ بيد أنها تشيع أيضاً - فى غياب الأساليب ذات الدلالة التى يتبعها الفرد للتواصل مع الآخرين. ويعد تعديل السلوك والعقاقير والأساليب الوقائية (مثل ارتداء الخوذات) من الأساليب الأساسية المتبعة فى العلاج. وتعد إصابة المخ المكتسبة أمراً نادراً بيد أن الأذى الدائم للعين يمكن أن يحدث.

جدير بالذكر هنا أن زملة ليش نيهان - Lesch-nyhan syn-drome مرض مرتبط بالصينغ إكس (X) المتنحى ومن خصائصه نقص فى إنزيم Hypoxanthine-guanine، وفرط إنتاج حامض اليوريك، وميل إلى تشويه ذاتى بعض الشفتين والأصابع. وجميع من شملتهم التقارير من المرضى بهذه الزملة من المعاقين عقلياً بنسبة ذكاء أقل من ٥٠، ويتدهور النمو الحركى بعد ما بين ستة وثمانية شهور من العمر، ويتميز بالتشنج والرقص (كوريا) والكنع (حركات تمعجية مستمرة فى اليدين والقدمين).

تاريخ المرض (تناول الكحوليات) ووجهة نظره. ولكن المعالج ليس عليه أن يتفق مع المريض في فكرة أن الإفراط في تناول الكحوليات هو المدخل الرئيسي لحل مشكلة القلق لديها.

وفي العلاج السلوكي الجدلي (الدياليكتيكي)، هناك عدة مستويات وأنماط من التبرير والتقبل. والمستوى الأساسي فيها هو الانتباه الدائم للشخص الآخر. وهذا يعني الاحترام لما يقوله أو يشعر به أو يفعله. وهناك مستويات أخرى من التقبل تتضمن مساعدة المريض على استعادة الثقة من خلال افتراض أن سلوكه له مدلول واضح (مثال: بالطبع أنت غاضب من صاحب المتجر لأنه حاول أن يرفع الأسعار ثم أنكر ذلك) بجانب التعامل مع الشخص الآخر بالمثل (أي دون التعامل معه باعتباره نريض نفسى هش).

أضف إلى ما سبق أنه في العلاج السلوكي الجدلي، يجب تدريب المرضى وتشجيعهم على استخدام التقبل، بالضبط مثلما يتم تدريبهم على استخدام الاستراتيجيات المعرفية السلوكية. ففي العلاج وفي الحياة بصورة عامة، من المهم معرفة ماذا يمكننا تغييره في أنفسنا وماذا يمكننا تقبله (سواء على المدى القريب أو المدى البعيد). ولهذا السبب يتم التدريب على مهارات التقبل والتبرير أيضاً في موديلات المهارات.

وهناك أربع موديلات (وحدات) للمهارات جميعها، تركز وحدتان من هذه الوحدات الأربع على التغيير وتركز الأخريان على التقبل. على سبيل

المثال، من المهم جداً بالنسبة لمرضى إيداء الذات أن يتعلموا تقبل خبرة الآلام بدلاً من اللجوء إلى سلوكيات تدمير الذات لحل مشكلاتهم. وبالمثل، يجب على المرضى الذين يلجأون إلى جرح الذات أو الإفراط في الطعام أو الانسحاب أو الإفراط في تعاطي الكحوليات أو إدمان المخدرات وغيرها أن يتعلموا ببساطة التكيف مع الواقع بكل ما يسببه من آلام في أى وقت من الأوقات حتى يدركوا أنهم بإمكانهم مواجهته. فالعلاج السلوكي الجدلي يدرّب هؤلاء المرضى على اكتساب العديد من المهارات بحيث يمكنهم تعلم المواجهة وليس الهروب، ويدربهم أيضاً على فهم أسباب شقاوتهم في حياتهم.

الأساس الثالث - الجدلي dialectics

الجدل - كما سبقت الإشارة - مفهوم معقد تعود جذوره إلى الفلسفة والعلم. ونحن لن نخوض في خلفياته هنا ولكننا سوف نسعى إلى تفسير ماذا نعني بالجدل مع إعطاء أمثلة على التفكير الجدلي (الدياليكتيكي).

يتضمن الجدل عدة افتراضات عن طبيعة الحقيقة أو طبيعة الواقع وهي :

- ١- كل الأشياء متصلة ببعضها البعض.
- ٢- التغيير أمر ثابت وحتمى.
- ٣- يمكن أن تتكامل الأشياء ونقائضها لتشكيل اقتراب أكثر من الحقيقة (التي تتطور باستمرار).

فيما يلي مثال مختصر عن هذه الافتراضات الثلاثة وكيف يمكن أن تلعب دوراً في برنامج

العلاج السلوكى الجدلى. نفترض أنك لذت بالصمت بين مجموعة من الأفراد فيتأثر أعضاء المجموعة الآخرون بصمتك ويحاولون حملك على أن تتكلم فأنت تؤثر فيهم وهم يؤثرون فيك. ربما تدفعك المجموعة بشدة لدرجة أنك تترك المكان وقد يقل حديثك عما قبل. ثم يمل الأعضاء الآخرون من صمتك وينسحبون. وعلى النقيض، فإن هذا قد يجعل شعورك يتحسن ويجعلك تتحدث أكثر. وعندما تصبح عضواً حقيقياً فى المجموعة، يغير القادة الطريقة التى يديرون بها المجموعة لحل التوتر بينك وبين أفراد المجموعة الآخرين. بعبارة أخرى، هناك تواصلات بينية فيما بينكم فتؤثرون فى بعضكم البعض فى كل لحظة.

من ناحية أخرى، قد تحدث تغيرات حتمية فى المجموعة مع مرور الوقت. ربما تصبح المجموعة أكثر مهارة فى حملك على أن تتكلم. وربما تتحمل أنت المزيد من المخاطرة وتتحدث أكثر. وربما يدخل العضو الجديد فى المجموعة ويخرج عضو قديم منها وتناضل المجموعة من أجل ضبط الترتيبات الجديدة. وقد تصبح واعياً أيضاً بأن أفكارك ومشاعرك تتغير عبر المجموعة مثلما تتغير أفكار ومشاعر كل عضو آخر فى المجموعة. أنت تلاحظ أن المجموعة تتطور باستمرار وتعيد ضبط نفسها دائماً. وهنا يعنى فى التفكير الجدلى إدراك أن جميع الآراء سواء الخاصة بك أو بالأعضاء الآخرين صائبة بيد أنها قد تكون خاطئة فى نفس الوقت. فإذا كانت المجموعة تعمل معاً بشكل جدلى، يكون قادة وأعضاء المجموعة فى

تقلب مستمر ويفكرون فى كيفية التوفيق بين الآراء المتعارضة والجمع بينها. باختصار تعمل المجموعة باستمرار على تحقيق التوازن بين التغيير والتقبل. وطوال الوقت يحاول القادة وأفراد المجموعة التمسك بفكرة أن كل فرد يبذل ما فى وسعه وأن كل فرد عليه بذل المزيد.

كما يتضمن العلاج السلوكى الجدلى أيضاً استراتيجيات جدلية محددة لمساعدة المرضى على الانسلاخ من طرق التفكير والنظرة الجامدة للعالم، بعض هذه الاستراتيجيات عبارة عن تدخلات العلاج الغربى التقليدية والبعض الآخر يقوم على الطريقة التى ينظر بها الشرق للحياة. فإذا قرأت نص "ليش لينهان" linehan (1993)، يمكنك الاطلاع على هذه الاستراتيجيات فى الفصل السابع واستعراض الأمثلة التى تقدمها. ولكن فيما يلى مثالين:

نفترض أن أحد المرضى يقدم التزاماً مبدئياً قوياً بحضور العلاج السلوكى الجدلى لمدة عام. وبدلاً من أن يخبره المعالج ببساطة "هذا أمر مخيف" فإنه يضع الكرة برفق فى ملعبه فيسأله "هل أنت متأكد أنك ترغب فى ذلك؟ إنه سوف يكون عملاً شاقاً". تسمى هذه الاستراتيجية "التأييد الشيطاني" مما يؤدي إلى تقوية حجة المريض من أجل تأكيد سبب وكيفية إكمال العلاج وعدم التسرب. وفى هذه الحالة يوجه المعالج المريض نحو تقوية حججه لقبوله فى العلاج بدلاً من محاولة إقناعه بالاستمرار فيه. وهناك استراتيجية أخرى وهى "صنع عصير الليمون من

ثمرة الليمون"، حيث تساعد المعالج على التعامل مع المواقف الجامدة. على سبيل المثال، قد يشكو المريض من أنه يكره بشدة المعالج في مجموعته ويرغب في تغيير مجموعة المهارات. وهنا يمكن أن تكون استجابة المعالج مختلفة: انظر إليها باعتبارها فرصة لتعلم التعامل مع الانفعالات السلبية الشديدة ضد السلطة. ثم يوضح المعالج أوجه الشبه بين معالج المجموعة غير المرغوب فيه وأشخاص السلطة الآخرين (مثل المعلم أو رئيس العمل أو المشرف) ويعتبرها فرصة لتعلم كيفية تحمل الشخص الذي لا يرغب فيه ولكنه عليه العمل معه.

يوضح هذان المثالان وغيرهما من الأمثلة منظور جميع الاستراتيجيات الجدلية لتزويد المريض بحركة وسرعة وتدفق بحيث لا يلتزم المريض والمعالج بشائية "لن أفعل ذلك" مقابل "بلى سوف تفعل".

صعوبات تواجه العلاج السلوكي الجدلي وسبل التغلب عليها :

نشأ العلاج السلوكي الجدلي من سلسلة من المحاولات الفاشلة لتطبيق بروتوكولات العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي المعيارى فى أواخر السبعينيات من القرن العشرين وذلك على المرضى الانتحاريين بشكل مزمن ولقد اشتملت الصعوبات التى واجهت تطبيق العلاج السلوكي الجدلي (الدياليكتيكي) على المحاولات الثلاث التالية :

الأولى - كان المريض يرى خبرة التركيز على إجراءات التغيير غير صالحة، والتي كثيراً ما كانت ترسب لديه فكرة الانسحاب من العلاج أو الهجوم على المعالج أو التذبذب بين هذين القطبين.

الثانية - كان تعليم وتقوية المهارات الجديدة أمر بالغ الصعوبة فى سياق جلسة العلاج الفردية فى حين كان يتم بشكل متزامن استهداف وعلاج دافعية المريض للموت وسلوكياته الانتحارية التى حدثت فى الأسبوع السابق للجلسة.

الثالثة - كثيراً ما كان الأفراد ذوو اضطراب الشخصية الحدية دون وعى منهم يعززون المعالج على العلاج غير الموصل للشفاء. (مثال: يتوقف المريض عن مهاجمة المعالج عندما يغير المعالج الموضوع الذى يخشاه المريض ويستبدله بموضوع آخر سار أو محايد) ويعاقب المرضى المعالج على استخدامه لاستراتيجيات العلاج الفعالة. (مثال: يحاول المريض الإنتحار عندما يرفض المعالج التوصية بحجزه فى المستشفى لأن هذه التوصية تعزز التهديد بالانتحار).

وللتغلب على هذه الصعوبات، أجريت العديد من التعديلات التى كانت تشكل أساس العلاج السلوكي الجدلي وهذه التعديلات يمكن الإشارة إليها على النحو التالى :

أولاً - أضيفت الاستراتيجيات التى تعكس التقبل والتبرير الجذرى للقدرات الحالية للمرضى وأدائهم الوظيفى السلوكى إلى العملية العلاجية

دور المعالج فى العلاج السلوكى الجدلى -
(الديالكتيكى) أو الحركة والسرعة والتدفق :

Movement, Speed, and Flow

يتطلب العلاج السلوكى الجدلى أن يوازن المعالج بين استخدام استراتيجيات التقبل والتغيير أثناء كل تفاعل علاجي، ومن خلال الجمع السريع (غير الملحوظ) بين فنيات التغيير وفنيات التقبل إلى استخدام المعالج كل من أساليب الاتصال التى تعبر عن عدم الاتفاق مع الاستجابة الحميمة، وهذا التآرجح بين التغيير والتقبل مطلوب للحفاظ على التحرك للأمام فى مواجهة المريض الذى يتذبذب من حين لآخر بين الأزمات الانتحارية والاستجابات الانسحابية أو الانفصالية (اللامبالية) والرفض الجامد للتعاون، والهجوم والإثارة الانفعالية السريعة والجهد الدال على التعاون التام.

وحتى يتحرك المعالج ويسرع ويتدفق فى العلاج السلوكى الجدلى، عليه يكون قادراً على كف الاتجاهات الرامية إلى إصدار أحكام وممارسة التقبل الجذرى للمريض فى كل لحظة مع الانتباه للهدف النهائى من العلاج وهو - انتشال المريض من الحياة فى الجحيم إلى حياة جديرة بأن تعاش، وذلك بأسرع وأكفأ ما يمكن، ويجب على المعالج أيضاً تحقيق التوازن بين المركزية الثابتة (أى ثقته بنفسه) وبالمريض وبالعلاج، والمرونة المتعاطفة (أى القدرة على استيعاب المعلومات ذات الصلة بالمريض وتعديل موقفه طبقاً لذلك، وهذا يتضمن

ولقد أدى الجمع بين التقبل والتغيير فى العلاج ككل وفى كل تفاعل علاجي إلى إضافة مصطلح "جدلى" إلى مسمى العلاج ذلك أن التركيز الجدلى فى العلاج السلوكى الجدلى يجمع بين "تقنيات التغيير" القائمة على كل من مبادئ التعلم ونظرية الأزمة^(١). و"تقنيات التقبل" أو هكذا نقول المشتقة من مبادئ النظرة الشرقية الروحانية والممارسات التأملية الغربية.

ثانياً - ينقسم العلاج ككل إلى عدة مكونات مختلفة يركز كل مكون منها على وجه معين من أوجه العلاج، وتتمثل مكونات العلاج السلوكى الجدلى المعيارى للمرضى المترددين على العلاج فى التدريب الفردى أو الجماعى رفيع المستوى على المهارات لتعزيز القدرة، والعلاج النفسى الفردى (لمخاطبة الدافعية وتقوية المهارات) والاتصال الهاتفى بالمعالج لمخاطبة (لمخاطبة تطبيق مهارات التكيف).

ثالثاً - يضاف أيضاً اجتماع بفريق الاستشارة والذى يركز بصورة خاصة على الحفاظ على دافعية المعالجين وتزويد المرضى بالعلاج الفعال.

(١) نظرية الأزمة أو الشدة Crisis Theory

هى بناء يتألف من مجموعة من المفاهيم تتناول طبيعة الأزمة، وسلوك الأزمة، والموامل التى تعجل بها، والوقاية منها والتدخل بعد وقوعها، وحلها، وأما العلاج النفسى للأزمة Crisis therapy فهو تدخل طبي نفسى، أو نفسى يقدم فى حالة من حالات الطوارئ ويقدم على هذا الأساس حين يطلب بسبب انهيار ذهانى أو تهديدات بالانتحار، أو حالات إدمان الكحوليات الحادة، أو التسمم الناجم عن تناول عقار أو مخدر أو استمرار الأزمات الأسرية (جابر وكفافي، ١٩٨٩، ج ٢ - ٨٠٥).

القدرة على الاعتراف بأخطائه الحتمية وإصلاحها) وأسلوب الرعاية (أى التعليم والتمرين ومساعدة المريض) مع مدخل التماس المطالب (أى استخراج السلوكيات الجديدة من المريض وإدراك ما لديه من قدرات ومقدرة على إحداث التغيير وجعل المرضى "يتصرفوا بدلاً من التصرف نيابة عنهم").

آفاق البحث فى مجال العلاج السلوكى الجدلى
(الديالكتيكى) :

Research in Dialectical Behavior therapy

قامت أول تجربة كلىنيكية عشوائية للعلاج السلوكى الجدلى بمقارنة هذا العلاج بالظروف الضابطة للعلاج المعتاد وكان ذلك فى أوائل تسعينيات القرن العشرين (1994 Heard & Armstrong , 1991 Armstrong & Linehan , Heard strong , 1993 , Armstrong , Suez , Allmon Linehan Tutek, Linehan) فكان أفراد عينة العلاج السلوكى الجدلى أقل ميلاً بشكل ذى دلالة للاتجاه الانتحارى خلال فترة العلاج التى مدتها عام واحد، وسجلوا نوبات انتحارية أقل فى كل نقطة تقييم، كانت لديهم ميول انتحارية أقل خطورة من الناحية الطبية على مدار العام، فقد كان العلاج السلوكى الجدلى أكثر فاعلية من العلاجات النفسية التقليدية المعتادة فى الحد من التسرب من العلاج، وهو أكثر السلوكيات خطورة من حيث عرقلتها لإتمام العلاج، وكان أفراد العينة فى العلاج السلوكى الجدلى أقل ميلاً للدخول فى

الوحدات الطبية النفسية بالمستشفيات أو الاحتجاز بالمصحات النفسية، وزاد تحسنهم على كل من درجات الضبط العام بالإضافة إلى درجات التوافق الاجتماعى ولقد أظهرت عينات العلاج السلوكى الجدلى تحسناً أكبر بشكل ذى دلالة فى خفض الغضب وذلك مقارنة بعينة العلاجات النفسية التقليدية، كما استمر تفوق العلاج السلوكى الجدلى إلى حد كبير خلال فترة المتابعة بعد العلاج والتى تستغرق عامًا واحدًا ومنذ ذلك الحين، أجريت تجربتين كلىنيكيتين عشوائيتين (Randomized Clinical Trial IS=RCT) لتقييم العلاج السلوكى الجدلى مقارنة بالعلاجات التقليدية المعتادة، وأجريت دراسة لمقارنة العلاج السلوكى الجدلى بعلاج موازى مستمر باستخدام ضوابط مماثلة.

ولقد تكررت النتائج إلى حد كبير مع التجربة الكلىنيكية العشوائية الأولية ولقد وجدت "كونز" Koons وزملاؤها أن السيدات ذوات اضطراب الشخصية الحدية فى نظام التبرير والتقبل اللائى تم توزيعهن على العلاج السلوكى الجدلى قد انخفضت لديهن الأفعال ذات الميول الانتحارية وانخفضت لديهن درجات الاكتئاب وذلك مقارنة بمن وزعن فى العلاج المعتاد، ولقد تميزت السيدات اللائى وزعن على العلاج السلوكى الجدلى بالتحسن بشكل ذى دلالة فى التفكير الانتحارى واليأس والغضب والعوانية واللامبالاة (Lynch, Gonzales, Morse, Bishop, Butterfield, & Bastiam Koons, Robins, Tweed,)

وفى التطبيق الأكثر حداثة لفيئات العلاج السلوكى الجدلى على الأفراد المدمنين ذوى اضطراب الشخصية الحدية، كان أفراد عينة العلاج السلوكى الجدلى أصحاب الانخفاض الأكبر فى التعاطى غير المشروع (طبقاً للقياس عن طريق المقابلة الشخصية البنائية وتحليل البول) أثناء فترة العلاج، وكذلك فى فترة المتابعة، وكانوا أيضاً أصحاب التحسن الأكبر فى الأداء الوظيفى العام والتوافق الاجتماعى فى فترة المتابعة (Linehan وآخرون 1999).

كلمة ختامية :

العلاج السلوكى الجدلى هو علاج معرفى - سلوكى شامل للاضطرابات العقلية والنفسية المعقدة التى يصعب علاجها (Linehan ، ١٩٩٣ ، أ ، ب) ولقد نشأ العلاج السلوكى الجدلى فى الأساس ليطبق على الأفراد الانتحاريين بشكل مزمن ثم تطور إلى علاج للأفراد ذوى الاضطرابات المتعددة أصحاب اضطراب الشخصية الحدية، ومنذ ذلك الحين، كان العلاج السلوكى الجدلى يخضع للتعديل ليطبق على الاضطرابات السلوكية الأخرى التى تبدو غير قابلة للسيطرة مثل سوء التنظيم الانفعالى ويشمل الاعتماد على العقاقير والإدمان بين الأفراد ذوى اضطراب الشخصية الحدية (Kanter, Dimeff, Rizvi, Brown, & Linehan, 1999 & Camtois 2000, Linehan, Schmidt, Craft) والإفراط فى الطعام (Telch, Agras, & Linehan) والمراهقين الاكتئابيين الانتحاريين

(Miller Rathus & Miller, 1999) والمكتئبين من كبار السن (Lynch 2000) والعديد من السياقات الأخرى التى تشمل الإقامة الدائمة أو الوقتية بالمستشفى والظروف الجنائية أو المعامل الجنائية (Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 1996 Mc cann & Ball).

ويؤدى العلاج السلوكى الجدلى كعلاج شامل الوظائف الخمسة التالية:

الأولى - تعزيز وتقوية القدرات والإمكانات والطاقة السلوكية.

الثانية - تحسين الدافعية للتغير (من خلال تعديل احتمالية وإمكانية حدوث الكف والتعزيز).

الثالثة - ضمان تعميم القدرات الجديدة فى البيئة الطبيعية.

الرابعة - بناء بيئة العلاج بالطرق الضرورية لدعم قدرات المريض من ناحية ومساندة المعالج من ناحية أخرى.

الخامسة - تعزيز قدرات ودافعية المعالج لعلاج المرضى بفاعلية.

وهذه الوظائف فى العلاج السلوكى الجدلى المعيارى تتوزع بين أنماط تقديم الخدمة وتشمل العلاج النفسى الفردى والتدريب الجماعى على المهارات والاستشارة الهاتفية وفريق استشارة المعالج.

المراجع العربية

- (١) ف. ا. ف. بتروفسكى، م. ج. باروشفسكى (١٩٩٦). معجم علم النفس المعاصر. ترجمة حمدى عبد الجواد، وعبد السلام رضوان. القاهرة: دار العالم الجديد.
- (٢) جابر عبد الحميد جابرو وعلاء الدين كفافى (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسى. الجزء السابع. القاهرة: دار النهضة العربية.
- (٣) جابر عبد الحميد جابرو وعلاء الدين كفافى (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسى. الجزء الثالث. القاهرة: دار النهضة العربية.
- (٤) جابر عبد الحميد جابرو وعلاء الدين كفافى (١٩٨٩). معجم علم النفس والطب النفسى. الجزء الثانى. القاهرة: دار النهضة العربية.
- (٥) صلاح الدين عراقى محمد (١٩٩١). العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج مرضى الإكتئاب العصابى. رسالة دكتوراه، كلية التربية: جامعة بنها.
- (٦) طارق محمد النجار (٢٠٠٥). مدى فاعلية برنامج معرفى سلوكى لتعديل سلوكيات اضطراب الإنتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم. رسالة دكتوراه: معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
- (٧) عادل عبد الله محمود (٢٠٠٠). العلاج المعرفى السلوكى، أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشد للنشر.
- (٨) عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. الجزء الأول. القاهرة. مكتبة مدبولى.
- (٩) عبد المنعم الحفنى (١٩٧٨). موسوعة علم النفس والتحليل النفسى. الجزء الثانى. القاهرة. مكتبة مدبولى.
- (١٠) محمد محروس الشناوى (١٩٩٤). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

- (11) Crwen, B. (2000). Brief Cognitive Behavior therapy. London, GBR. Sage Publication Ltd.
- (12) Dimeff, L. A., Rizvi, S.L., & Brown M., & Linehan, M. M. (2000). Treating woman with Methambhetamine and BPD. Cognitive and behavioral practice, 7, 457- 468.
- (13) Dimeff, Linda & Linehan M. Marsha (2001). Dialectical behavior therapy in a Nulshell. The California Psychologist, 34, PP 10-13.
- (14) Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L, Lynch, T.R, Gonzalez, A.M, G.K., morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.L., & Bastian, L.A. (in press). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behavior Therapy.
- (15) Linehan, M.M, Heard, H.L., & Armstrong. H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Achieves of general psychiatry. 50, 971-974.
- (16) Linehan, M. M. (1993 a). cognitive behavioral therapy for borderline personality disorder. New york : Guilford press. This is the published treatment manual for the entry treatment. Many lay-people say this is a difficult read, though very helpful. For that reason, many start by reading the skills manual listed next.

- (17) **Linehan, M. M. (1993 b).** skills training manual for treating borderline personality disorder. New york Guilford press. This manual gives an excellent overview of DPT and the skills-training in the program.
- (18) **Linehan, M. M. (1993a).** Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford press.
- (19) **Linehan, M.M. (1993b).** Skills Training Manual For Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford press.
- (20) **Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991).** Cognitive-bahvioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of general psychiatry.48. 1060-1064.
- (21) **Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., & Comtois, K.A. (1999).** Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. American journal on addictions, 8. 279-292.
- (22) **Linehan, M.M., Tutek, D.A., & Heard, H.L., Armstrong HE. (1994).** Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. American Journal of Psychiatry, 151, 1771-1776.
- (23) **Lynch, T.R. (in press).** Treatment of elderly depression with personality disorder comorbidity using dialectical behavior therapy. Cognitive and behavioral practice.
- (24) **McCann, R., & Ball, E.M. (1996), (November).** Using dialectical behavior therapy with an inpatient forensic population. Workshop presented at the 1st annual meeting of the International Society for the Improvement and Teaching of Dialectical Behavior Therapy (ISITDBT), New York, NY.
- (25) **McCann, R., Ball, E.M., & Ivanoff, A. (in review).** The effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing burnout among forensic staff.
- (26) **Miller, A.L., (1999).** DBT-A: A new treatment for parasuicidal adolescents. American Journal of Psychotherapy, 53, 413-417.
- (27) **Pryor, K. (1993).** Don't shoot the dog! New york: Bantam Doubleday Dell pub. This is a great introduction to principals of learning and behaviorism by a dolphin trainer. Her techniques apply to all of us.
- (28) **Rathus, J.H & Miller, A.L., (Under review).** Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents: A pilot study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- (29) **Swenson C, Sanderson C, Dulit, R., Linehan, M. (in press).** Applying Dialectical Behavior Therapy on Inpatient Units. Psychiatric Quarterly.